Deutscher Bundestag **Drucksache 17/9566**

17. Wahlperiode 09. 05. 2012

Antrag

der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Birgitt Bender, Markus Kurth, Kerstin Andreae, Britta Haßelmann, Maria Klein-Schmeink, Beate Müller-Gemmeke, Brigitte Pothmer, Dr. Harald Terpe, Tabea Rößner, Ekin Deligöz, Kai Gehring, Katrin Göring-Eckardt, Fritz Kuhn, Sven-Christian Kindler, Krista Sager, Dr. Gerhard Schick, Ulrich Schneider, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn, Beate Walter-Rosenheimer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Für eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung – Nutzerorientiert, solidarisch, zukunftsfest

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die Koalition der Fraktionen der CDU/CSU und FDP löst mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) keines der drängenden Probleme der pflegerischen Versorgung. Die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und damit eine Neubestimmung des Leistungsgeschehens der sozialen Pflegeversicherung (SPV) werden weiter vertagt. Die geplanten Leistungsverbesserungen des PNG sind völlig unzureichend und folgen keinem erkennbaren Konzept. Weder werden ausreichende Maßnahmen zur Entlastung pflegender Angehöriger noch zur Bekämpfung des Personalmangels in der Pflege ergriffen. Eine verlässliche, nachhaltige und sozial gerechte Finanzierung fehlt, sodass spätestens im Jahr 2015 erneut eine Finanzreform auf die Agenda gesetzt werden muss.

Erforderlich ist eine grundlegende Pflegereform, die eine wirkliche Neuausrichtung der pflegerischen Versorgung strukturell wie finanziell ermöglicht. Mit einem neuen Pflegebegriff muss das starre defizit- und rein somatisch orientierte Leistungsrecht der SPV neu geregelt werden. Die Versorgungsstrukturen sind konsequent nutzerorientiert auszugestalten, damit sie dem Recht der Menschen auf Selbstbestimmung und Teilhabe auch bei Pflegebedürftigkeit entsprechen. Notwendig sind ein konsequenter Ausbau ambulanter und quartiersbezogener Versorgungs- und Wohnangebote, unabhängige und zugehende Beratungsstrukturen, eine Entlastungsoffensive für pflegende Angehörige und ein Programm zur Bekämpfung des Personalmangels in der Pflege.

Es gilt, Gerechtigkeitslücken in der Pflegeversicherung zu beheben. Mit der Zweiteilung in soziale und private Pflegeversicherung entziehen sich die wirtschaftlich leistungsstärksten und im Durchschnitt auch jüngeren und gesündesten Bevölkerungsgruppen dem Solidarausgleich. Die soziale und private Pflegeversicherung sollten zu einer solidarischen Pflege-Bürgerversicherung zusammengeführt werden. Nur sie bietet eine solide Basis zur Finanzierung der notwendigen Leistungsverbesserungen und der steigenden Belastungen im demografischen Wandel.

II. Vor diesem Hintergrund fordert der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auf,

1. in Abstimmung mit den Überlegungen zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe einen neuen Pflegebegriff einzuführen. Die Förderung von Ressourcen und Potenzialen sowie eine aktivierende Pflege rücken in den Vordergrund, körperliche und kognitive Beeinträchtigungen werden gleichberechtigt in die Bedarfserhebung einbezogen. Für eine ausreichende Finanzierung der Leistungen nach dem neuen Pflegebegriff wird das Leistungsvolumen der Pflegeversicherung um 15 Prozent ausgeweitet. Es werden zudem Regelungen zur wirkungsvollen Umsetzung des Prinzips „Rehabilitation vor Pflege“ getroffen;
2. eine Pflege-Bürgerversicherung einzuführen. Dadurch werden alle Bürgerinnen und Bürger gemäß ihrer Leistungsfähigkeit und alle Einkommensarten in den Solidarausgleich einbezogen. Die Leistungen der Pflege-Bürgerversicherung werden regelmäßig zu zwei Dritteln der Reallohn- und zu einem Drittel der Inflationsentwicklung angepasst. Der steigende Mittelbedarf in der Zukunft wird durch die moderate Anhebung des Beitragssatzes in der Pflege-Bürgerversicherung finanziert;
3. zur Lösung bestehender bzw. Vermeidung neuer Schnittstellenprobleme eine Harmonisierung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) mit den Leistungen für Menschen mit Behinderungen nach dem SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe) und dem SGB XII (Eingliederungshilfe) anzustreben. So erhalten etwa Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen nach § 43a SGB XI künftig zumindest die Leistungen, die bei der Pflege in der eigenen Häuslichkeit bewilligt würden;
4. im Zusammenwirken mit Ländern und Kommunen die pflegerischen Versorgungsstrukturen konsequent nach den Prinzipien der Nutzerinnen- und Nutzerorientierung, des Quartiersbezugs sowie „ambulant vor stationär“ auszurichten. Die Förderung von Wohn- und Versorgungsangeboten, die im Sinne eines individuellen Pflege- und Hilfemixes auf persönliche Bedarfslagen ausgerichtet sind, wird in den Vordergrund gestellt; u. a. wird das Programm der KfW Bankengruppe „Altersgerecht Umbauen“ fortgesetzt. Dieser Wandlungsprozess erfordert auch eine Stärkung der Rolle der Kommunen, um die pflegerische Versorgung vor Ort bedarfsgerecht auszugestalten;
5. im Zusammenwirken mit Ländern und Kommunen die Pflegeberatung so weiterzuentwickeln, dass alle Pflegeversicherten eine zugehende, unabhängige und individuelle Pflege- und Wohnberatung, Unterstützung und Begleitung durch ein neutrales und unabhängiges Case-Managements (Assistenzmanagement) für ein passgenaues Pflegesetting in Anspruch nehmen können;
6. zielgerichtete Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger zu ergreifen. Die Berücksichtigung der Belange pflegender Angehöriger bei Rehabilitationsmaßnahmen wird auch in der gesetzlichen Rentenversicherung verankert. Entlastende ambulante Angebote, wie Tagespflege oder das Modell der „Pflegebegleiter“, werden bekannter gemacht und ausgebaut;
7. die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu verbessern. Es wird eine dreimonatige gesetzliche Pflegezeit mit einer steuerfinanzierten Lohnersatzleistung eingeführt. Der Anspruch auf die Pflegezeit gilt nach einem erweiterten Familienbegriff auch für Personen ohne verwandtschaftliche Beziehung. In diesem Sinne werden auch bestehende gesetzliche Pflegezeitregelungen verbessert und zudem mit einem Rechtsanspruch unterlegt. Das Teilzeit- und Befristungsgesetz (TzBfG) wird stärker auf die Bedürfnisse pflegender Arbeitnehmerinnen und -nehmer zugeschnitten;

8. gemeinsam mit den Ländern gezielte Maßnahmen gegen den Personalmangel in der Pflege zu ergreifen. Es werden verbindliche Personalbemessungsinstrumente und regionale Monitorings zur Erfassung des Personalbedarfs geschaffen. Es wird gezielt in die Schaffung von Ausbildungsplätzen investiert. In den Ländern wird eine Ausbildungsumlage eingeführt. Das Aus- und Weiterbildungssystem wird durchlässig gestaltet. Die Umschulung zur Pflegekraft soll auch über zwei Jahre hinaus von der Bundesagentur für Arbeit gefördert werden. Überflüssige Bürokratie wird konsequent abgebaut. Die betriebliche Gesundheitsförderung wird im Rahmen eines Präventionsgesetzes gestärkt. Es werden Modellprojekte zu neuen Formen der Arbeitsorganisation und Kooperation aufgelegt. Die Kopplung der Zulassung einer Pflegeeinrichtung an die Zahlung einer ortsüblichen Vergütung (§ 72 Absatz 3 SGB XI) bleibt bestehen.

Berlin, den 9. Mai 2012

Renate Künast, Jürgen Trittin und Fraktion

Begründung

Die Pflege steht vor großen Herausforderungen. Die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland wird mit der demografischen Entwicklung bis zum Jahr 2055 auf etwa 4,35 Millionen Menschen ansteigen. Zugleich erleben wir einen tiefgreifenden sozialen Wandel. Vor allem in strukturschwachen Gebieten steigt der Anteil alter und hochbetagter Menschen, die auf Pflege und Betreuung angewiesen sind. Auch die Zahl Alleinlebender, ohne jeden Zugriff auf familiäre Netzwerke, nimmt zu. Immer weniger Familien leben in direkter örtlicher Nähe, u. a. wegen erhöhter beruflicher Mobilitätsanforderungen. Frauen tragen auch bei zunehmender Erwerbstätigkeit noch immer die Hauptlast der familiären Pflege. Der Spagat zwischen Familie, Pflege und Beruf wird insbesondere für sie immer schwieriger. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) e. V. stellt in seinem aktuellen 3. Bericht zur Qualität in der ambulanten und stationären Pflege fest, dass die Pflegequalität sich seit 2007 zwar insgesamt verbessert habe. Es werden aber weiterhin einige Qualitätsdefizite festgestellt, so vor allem auf den Gebieten der Dekubitusprophylaxe, der Sicherstellung der Unterstützung einer ausreichenden Ernährung oder dem weiterhin sehr hohen Einsatz freiheitseinschränkender Maßnahmen. Die soziale Pflegeversicherung ist auf diese Herausforderungen strukturell wie finanziell nicht ausreichend vorbereitet. Deswegen sind umfangreiche Reformschritte erforderlich.

Zu Abschnitt II

Zu Nummer 1 – Pflegebegriff

Der dem SGB XI zugrunde liegende Pflegebedürftigkeitsbegriff zielt zu sehr auf körperliche Einschränkungen. Keine Beachtung finden Teilhabebedürfnisse und Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Eine große Zahl von Menschen erhält so keine oder nicht ausreichende Hilfen, ihre Zahl wird sich zudem von heute ca. einer Million Betroffener bis zum Jahr 2050 verdoppeln. Deswegen ist die schnellstmögliche Einführung eines neuen teilhabeorientierten Pflegebegriffs erforderlich. Der Pflegebedarf muss vollständig erfasst werden und auch Teilhabebedürfnisse, den Grad der Selbstständigkeit und Potenziale zur Prävention und Rehabilitation umfassen. Auch der Deutsche Ethikrat weist in seiner aktuellen Stellungnahme „Demenz und Selbstbestimmung“ darauf hin, dass bei

der Neufassung des Pflegebegriffs die Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Betroffenen ausreichend berücksichtigt werden sollen. Bereits seit Anfang des Jahres 2009 liegen weitgehende Empfehlungen des 2006 einberufenen Expertenbeirats zur Ausgestaltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vor. In Abstimmung mit den Überlegungen zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe ist dabei auf die Entwicklung eines einheitlichen, rehabilitationswissenschaftlich abgesicherten und in der bundesweiten Verwaltungspraxis anerkannten Verfahrens zur Feststellung des individuellen Teilhabebedarfs hinzuwirken. Trotz des offensichtlichen Handlungsbedarfs hat weder die vormalige noch die jetzige Bundesregierung ernsthafte weitere Schritte zur Umsetzung dieser Empfehlungen unternommen. Die Neueinsetzung des Beirats im März 2012 erfolgte viel zu spät, um noch in dieser Wahlperiode einen neuen Pflegebegriff einführen zu können.

Die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit muss sich künftig an den vom Beirat aufgestellten Bedarfsstufen orientieren und ist mit Leistungskomplexen zu hinterlegen. Bei der Ausgestaltung des Pflegebegriffs darf künftig nicht mehr der Zeitaufwand für bestimmte Aufgaben entscheidend sein, sondern der Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen – damit verbunden ist auch der Auftrag, die bisherige Leistungsgewährung von der Minutenpflege sinnvoll abzukoppeln. Über entsprechende Übergangs- bzw. Bestandsschutzregelungen ist zudem zu vermeiden, dass pflegebedürftige Personen durch das neue Leistungsrecht eine Minderung ihrer gegenwärtigen tatsächlichen Leistungen erleiden.

Ausgehend von den verschiedenen Kostenszenarien des Beirats von 2009 sind für eine hinreichende Umsetzung Mehrkosten von ca. 3,5 Mrd. Euro erforderlich. Es sollte daher mit einer Ausweitung des Leistungsvolumens der Pflegeversicherung von ca. 15 Prozent kalkuliert werden (Kostenwirkungen siehe Nummer 2).

Die pflegevermeidende Rehabilitation liegt in der Praxis brach. Der in § 11 Absatz 2 SGB V verankerte Rechtsanspruch greift kaum, ebenso wenig wie § 40 Absatz 3 SGB V, wonach die Krankenversicherung bei unterlassener Rehabilitationsleistung Strafzahlungen an die Pflegeversicherung leisten muss. Ursächlich dafür sind systematische Fehlanreize, da für die medizinische Rehabilitation nicht derjenige Träger zuständig ist, der das Risiko des Scheiterns trägt. Zur wirksamen Umsetzung des Prinzips Rehabilitation vor Pflege sind verschiedene Wege denkbar. Zum einen könnte die Pflegeversicherung in den Kreis der Rehabilitationsträger aufgenommen werden. Als Rehabilitationsträger entwickelt sie somit ein eigenes Interesse an medizinischer Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Als weitere Option wird auch die Möglichkeit von Ausgleichszahlungen der sozialen Pflegeversicherung an die gesetzliche Krankenversicherung diskutiert. So könnten die Anreize für die Krankenkassen, ihrer Aufgabe der pflegerischen Rehabilitation nachzukommen, deutlich erhöht werden (vgl. Antrag „Neuntes Buch Sozialgesetzbuch im Sinne des Selbstbestimmungsrechts der Menschen mit Behinderung weiterentwickeln“, Bundestagsdrucksache 17/7951).

Zu Nummer 2 – Pflege-Bürgerversicherung

Wie auch in der Krankenversicherung ist die Zweiteilung in SPV und PPV ungerecht und unbegründet. Sie sollen daher in einer Pflege-Bürgerversicherung zusammengeführt werden. Da SPV und PPV seit jeher einen identischen Leistungskatalog aufweisen, sind größere Probleme beim Übergang in eine Bürgerversicherung nicht zu erwarten. Doch auch das in der SPV geltende Umlageverfahren weist Gerechtigkeitslücken auf. Die Finanzierung erfolgt einseitig durch Beiträge auf Löhne, Renten und Arbeitslosengeld. Dagegen bleiben Vermögenseinkommen und Gewinne beitragsfrei. Das ist ungerecht und entspricht nicht mehr den Einkommensverhältnissen der Bürgerinnen und Bürger.

In der Pflege-Bürgerversicherung nach dem Modell der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sind alle Bürgerinnen und Bürger Mitglied. Alle Einkunftsarten – auch Vermögenseinkommen, Gewinne und Mieteinkünfte – werden in die Finanzierung der Pflegeversicherung einbezogen. Damit durch die Heranziehung weiterer Einkommensarten nicht vor allem kleine und mittlere Einkommensbezieherinnen und Einkommensbezieher belastet werden, sind für die zusätzlichen Einkommensarten Freigrenzen einzuräumen. Die Beitragsbemessungsgrenze wird auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung (West) angehoben. Die Beiträge auf Erwerbseinkommen aus abhängiger Beschäftigung werden weiterhin paritätisch finanziert. Der erhöhte Beitragssatz für kinderlose Versicherte bleibt bestehen. Kinder bleiben kostenlos versichert. Nicht erwerbstätige Ehegattinnen/Ehegatten bzw. Lebenspartnerinnern/Lebenspartner müssen keine Beiträge zahlen, wenn sie Pflegeleistungen erbringen (mind. 14 Stunden/Woche) oder kleine Kinder erziehen. Für alle anderen Ehepaare und eingetragenen Lebensgemeinschaften wird ein Beitragssplitting eingeführt. Dabei wird das beitragspflichtige Haushaltseinkommen halbiert und auf beide Teile bis zur Beitragsbemessungsgrenze Beiträge erhoben. Auch weiterhin können die Versicherten ihre Versicherung frei wählen. Die Pflege-Bürgerversicherung kann auch durch private Versicherungsunternehmen angeboten werden, die sich dem Wettbewerb mit den gesetzlichen Kassen stellen müssen. Die Regeln, die dabei gelten, sind: Umlagefinanzierung, einkommensbezogene Beiträge, einheitlicher Leistungskatalog, Kontrahierungszwang, Diskriminierungsverbot.

Für die Umsetzung eines neuen Pflegebegriffs (siehe Nummer 1) wird eine Ausweitung des Leistungsvolumens um 15 Prozent angesetzt. Zudem werden die Leistungen der Pflege-Bürgerversicherung im Gegensatz zur geltenden Rechtslage regelmäßig so angepasst (dynamisiert), dass ein Realwertverlust der Leistungen vermieden wird. Da sich die Pflegekosten zu etwa zwei Dritteln aus Personal- und zu etwa einem Drittel aus Sachkosten zusammensetzen, werden die Leistungen regelmäßig in diesem Verhältnis an die Lohn- und Inflationsentwicklung angepasst. Die Pflege-Bürgerversicherung bleibt ein Teilabsicherungssystem. Ein im Auftrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN erstelltes Gutachten des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen (Prof. Dr. Heinz Rothgang, Dr. Robert Arnold u. a.: „Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung. Gutachten aus dem Zentrum für Sozialpolitik im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen“, 10/2011) ergibt, dass durch die Einbeziehung aller Bürgerinnen und Bürger sowie Einkommensarten nicht nur die Solidarität im System gestärkt, sondern auch der Anstieg der Pflegeversicherungsbeiträge im Rahmen der demografischen Entwicklung deutlich gedämpft werden kann. Bei den genannten deutlichen Leistungsverbesserungen sind Beitragssatzanstiege in der Zukunft unumgänglich. Mit einem maximalen Beitragssatz von ca. 3,2 Prozentpunkten im Jahr 2055 bleibt diese Entwicklung aber überschaubar.

Zu Nummer 3 – Schnittstellenprobleme verringern

Die Reform des Pflegebegriffs muss mit einer Harmonisierung der Leistungen des SGB XI mit denen für Menschen mit Behinderungen nach dem SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe) und SGB XII (Eingliederungshilfe) einhergehen. Bestehende Schnittstellenprobleme zwischen diesen Gesetzbüchern und bestehende Leistungsbeschränkungen für Menschen mit Behinderungen müssen abgebaut und neue vermieden werden. Beispielhaft sei hier § 43a SGB XI genannt. Leben pflegebedürftige Menschen in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe, übernimmt die soziale Pflegeversicherung nach § 43a SGB XI 10 Prozent des Heimentgelts, maximal jedoch 256 Euro im Monat. Der weitaus größere Betrag wird vom Sozialhilfeträger gezahlt. Bei stationärer Unterbringung in einer reinen Pflegeeinrichtung mit Versorgungsvertrag zahlt die Pflegekasse hingegen je nach Pflegestufe bis zu 1 918 Euro im Monat. Eine Anpassung

dieser Pauschalleistung ist bei vergangenen Reformen nicht erfolgt und ist auch mit dem PNG nicht vorgesehen. Sofern Menschen mit Behinderungen außerhalb eines nach dem SGB XI anerkannten Pflegeheimes Pflege benötigen, sind ihnen zumindest die Leistungen zur Verfügung zu stellen, die bei der Pflege in der eigenen Häuslichkeit bewilligt würden.

Zu Nummer 4 – Pflegerische Versorgungsstrukturen planerisch entwickeln

Kontinuierlich ist eine zunehmende Verschiebung von der familiären/ambulanten hin zur stationären Pflege zu beobachten. Dies widerspricht dem Wunsch der meisten Menschen nach einem selbstbestimmten Leben und der Versorgung in einer eigenen Häuslichkeit sowie dem Verbleib im angestammten Wohnquartier. Es braucht daher ein deutliches Signal zur Neuausrichtung der pflegerischen Versorgungsinfrastruktur. Quartiersorientierte, kleinräumige Ansätze zeichnen sich aus durch eine Vielzahl individueller, auf die persönliche Bedarfslage ausgerichteter Wohnformen, durch niedrigschwellige und zugehende Sozial-, Pflege- und Gesundheitsdienstleistungen und die kooperative Vernetzung verschiedenster Professionen, familiärer und freiwilliger/ehrenamtlicher Hilfsangebote in einem Mix aus geteilten Verantwortungsbereichen. Ein weiterer Ausbau stationärer Pflegeeinrichtungen kann schon kostenseitig betrachtet kein Modell für die Zukunft sein. Vielmehr wird es darum gehen, dass auch stationäre Einrichtungen sich zum Quartier hin öffnen und integrieren.

Dafür sind das enge Zusammenwirken und die Einbindung aller Akteursebenen erforderlich – von Bund, Ländern und Kommunen über die Kostenträger und Leistungserbringer bis hin zu Selbsthilfe- und Verbraucherorganisationen und Bürgerinnen und Bürgern. Dabei sind auch die Kommunen gefragt – dort findet die Pflege unter jeweils sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen statt. Die kommunale Handlungsfähigkeit ist deshalb auf den Gebieten einer kooperativen und integrierten Altenhilfe-, Sozial- und Stadtplanung zu fördern. Dabei müssen Wege gefunden werden, die Kommunen zur Wahrnehmung dieser Aufgaben ggf. auch finanziell zu unterstützen.

Zudem sollten auch die Bestimmungen des SGB XI, in denen die gemeinsame Verantwortung von Ländern, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstrukturen zum Tragen kommt, daraufhin überprüft werden, ob sie den Handlungsnotwendigkeiten vor Ort gerecht werden. Besondere Beachtung verdienen dabei u. a. § 3 (Vorrang der häuslichen Pflege), § 8 (Gemeinsame Verantwortung), § 9 (Aufgaben der Länder) und § 69 (Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen) SGB XI.

Neben der Entwicklung und Förderung haushaltsnaher und komplementärer Dienstleistungen sowie der Förderung von Selbsthilfegruppen sollten zudem Konzepte für neu organisierte, solidarische Unterstützungssysteme entwickelt werden. Hier bedarf es deutlicher Anstrengungen, zivilgesellschaftliche Strukturen zu fördern und rechtliche Hemmnisse abzubauen. Zudem müssen die verschiedenen Hilfen der einzelnen Akteure besser koordiniert und die Kooperation zwischen ihnen muss optimiert werden. Hierdurch können Synergieeffekte erreicht und Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden. Insgesamt muss der Ausbau altengerechten und barrierefreien/-armen Wohnraums stärker in den Vordergrund rücken. Unter anderem sollte daher das 2011 von der Bundesregierung eingestellte Programm der KfW Bankengruppe „Altersgerecht Umbauen“ wieder aufgenommen und verstetigt werden (vgl. Antrag „Der älter werdenden Gesellschaft gerecht werden – Barrieren in Wohnungen und im Wohnumfeld abbauen“, Bundestagsdrucksache 17/7188).

Zu Nummer 5 – Pflegeberatung/Case-Management

Der deutsche Pflegemarkt erschwert in seiner heutigen Form den Pflegebedürftigen und ihren Bezugspersonen oftmals die notwendige Orientierung, um ein gelingendes, tragfähiges und individuell passgenaues Pflegearrangement zusammenzustellen. Die Betroffenen brauchen Ansprechpartnerinnen- und -partner, die ihnen fachlich qualifiziert zur Seite stehen und denen sie uneingeschränkt vertrauen können. Deshalb muss diese Beratung dem Grundsatz der Neutralität und Unabhängigkeit folgen. Das gilt nicht nur für den Bereich der allgemeinen Pflege- und Wohnberatung, sondern vor allem für den Bereich der Einzelfallberatung. Die mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) in der 16. Wahlperiode geschaffenen Strukturen der Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) und Pflegestützpunkte (§ 92c SGB XI) bieten dazu durchaus gute Ansätze. Sie erfüllen jedoch die zwingenden Kriterien der Neutralität und Unabhängigkeit nicht annähernd und weisen in der bisherigen Umsetzung zum Teil große qualitative und quantitative Unterschiede zwischen den Bundesländern und Regionen auf. Sie müssen daher optimiert und weiterentwickelt werden. Beratung, Unterstützung und Begleitung sollten sich am Konzept des Case-Managements (Fall-, Assistenz-Managements) nach der Definition der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management orientieren. Damit Fall-, Assistenzmanagerinnen und -manager Leistungsangebote vernetzen, bündeln und koordinieren können, benötigen sie eine regionale Versorgungsstruktur, in die alle an der Pflege beteiligten Akteure verpflichtend und gleichberechtigt eingebunden sind.

Auch für die Entwicklung einer Beratungsstruktur, die den Ansprüchen einer quartiersorientierten und individuellen Versorgung der Nutzerinnen und Nutzer genügt (siehe Nummer 4), ist das Engagement der Länder und der Kommunen unerlässlich.

Zu Nummer 6 – Pflegende Angehörige

Eine wesentliche Aufgabe einer Pflegereform müssen die Stärkung und Entlastung derjenigen sein, die bereit sind, Verantwortung für pflegebedürftige Menschen zu übernehmen. Pflegende Bezugspersonen fühlen sich oft gesellschaftlich ausgegrenzt und isoliert sowie körperlich und psychisch überfordert. Das kann zu gesundheitliche Beeinträchtigungen, Versorgungsfehlern oder gar Gewalt in der Pflegebeziehung führen. Die Hauptlast der Pflege tragen die Frauen, die mit 73 Prozent als Hauptpflegepersonen gelten (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2005, Gender-Datenreport). Ein verändertes Rollenverständnis, der steigende Erwerbsanteil von Frauen, die zunehmende Mobilität und sich wandelnde Familienstrukturen werden und müssen dazu führen, dass sich diese Geschlechterrelation verändert. Es sind daher moderne Konzepte nötig, um die Bereitschaft zur Übernahme von Pflegeaufgaben bei Männern wie Frauen gleichermaßen zu fördern. Die mangelhafte Vereinbarkeit von Pflege und Beruf führt aktuell dazu, dass – in der Regel weibliche – Erwerbstätige ihre Berufstätigkeit reduzieren oder ganz aufgeben.

Im PNG sind nur sehr wenige konkrete Maßnahmen zur Entlastung pflegender Angehöriger vorgesehen. Die im Referentenentwurf des PNG noch geplante Berücksichtigung der besonderen Belange pflegender Angehöriger bei Maßnahmen der Rehabilitation im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 9 SGB VI) wurde wieder gestrichen. Das muss rückgängig gemacht werden. Bestehende Entlastungsangebote, wie die Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege, sind oftmals noch zu wenig bekannt. Es wird auch Aufgabe einer gestärkten Beratungsstruktur sein (siehe Nummer 5), die Betroffenen mehr auf solche Angebote aufmerksam zu machen und solche zu vermitteln. Darüber hinaus gilt es, diese meist noch unterentwickelten Angebote weiter in die Fläche zu bringen und auszubauen. Vor allem müssen auch älteren pflegenden Angehörigen spezielle

Angebote unterbreitet werden, die einen zugehenden Charakter haben, wie etwa das Modell der freiwilligen Pflegebegleiter.

Zu Nummer 7 – Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Es müssen verstärkte Anstrengungen unternommen werden, verschiedene flexible Arbeitszeitmodelle zu entwickeln, die u. a. für die Organisation oder Übernahme von Pflege Raum bieten. So soll die im Antrag vorgeschlagene gesetzliche dreimonatige Pflegezeit vor allem als Raum der Durchführung einer Sterbegleitung oder der Organisation der notwendig gewordenen Pflege dienen. Natürlich soll es aber auch möglich sein, in der Pflegezeit selbst Pflegeaufgaben zu übernehmen. Während der Pflegezeit muss es eine Lohnersatzleistung geben, damit die Pflegezeit auch finanziell für alle Arbeitnehmerinnen und -nehmer abgesichert ist. Diese soll aus Steuermitteln finanziert werden und beträgt 50 Prozent des Nettogehalts – mindestens 300 Euro, maximal 1 000 Euro. Der Anspruch ist mit vollem Kündigungsschutz und Rückkehrrecht auf den gleichen Arbeitsplatz zu denselben Arbeitsbedingungen und derselben wöchentlichen Arbeitszeit verbunden.

Zukünftig werden immer weniger Menschen auf langfristige und verlässliche Hilfe und Unterstützung aus traditionellen Familiennetzwerken zurückgreifen können. Dafür aber haben sich in den letzten Jahrzehnten immer vielfältigere, alternative Lebensformen neben den klassischen Familienbeziehungen entwickelt. Wir setzen uns deshalb für eine erweiterte, zeitgemäße Definition des Familienbegriffs ein. Dieser Familienbegriff erkennt alle selbst gewählten Familien- und Lebensformen an, die Verantwortung für einen pflegebedürftigen Menschen übernehmen, unabhängig vom Verwandtschaftsgrad (vgl. Antrag „Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf verbessern – Pflegende Bezugspersonen wirksam entlasten und unterstützen“, Bundestagsdrucksache 17/1434).

Das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) trägt in der Praxis kaum zur Entlastung pflegender Angehöriger bei, u. a. aufgrund des fehlenden Rechtsanspruchs für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gegenüber den Arbeitgebern/Arbeitgeberinnen. Um es zumindest für einen begrenzten Kreis überhaupt attraktiv und zugänglich zu machen, muss daher das FPfZG mindestens um einen Rechtsanspruch erweitert werden, um allen Arbeitnehmerinnen und -nehmern die Inanspruchnahme der Familienpflegezeit zu ermöglichen. Zudem muss auch im FPfZG ein erweiterter Familienbegriff zur Anwendung kommen.

Des Weiteren ist die Weiterentwicklung des Teilzeit- und Befristungsgesetzes (TzBfG) notwendig. Es eröffnet derzeit für Arbeitnehmer/-innen zwar das Recht auf die Reduzierung ihrer Arbeitszeit. Die Rückkehr auf die vor der Reduzierung geltende Arbeitszeit ist jedoch nicht möglich. Das muss sich ändern. Alle genannten Maßnahmen sollen unabhängig von der Betriebsgröße gelten.

Zu Nummer 8 – Pflege-Fachkräftemangel

Auch hier ist das Zusammenwirken von Bund und Ländern erforderlich, u. a. wegen der gemischten Zuständigkeiten im Bereich der Pflegeausbildungen. Doch auch die Arbeitgeber, Arbeitnehmervertretungen und Berufsverbände sind bei der Entwicklung entsprechender Handlungsstrategien zwingend und eng einzubinden. Verlässliche Aussagen zum bisherigen und zukünftigen Fachkräftemangel in der Pflege sind bisher kaum möglich. Die Datenlage ist nicht eindeutig und weist darauf hin, dass es hier dringend einer verlässlichen Erhebung (Monitoring) auf regionaler und/oder Länderebene bedarf. Es ist unstrittig, dass ein Personal- und Fachkräftebedarf in der Pflege besteht, der in Anbetracht der steigenden Zahl von pflegebedürftigen Personen zunehmen wird. Es sind daher weitreichende Maßnahmen zur Fachkräftesicherung und zur Attraktivitätsstei-

gerung der Pflegeberufe notwendig. Unter anderem scheint die Einführung eines verbindlichen Personalbemessungsinstrumentes dringend angezeigt, um eine verlässliche Grundlage für Kostenträger und Leistungserbringer zur Ermittlung des konkreten und zu refinanzierenden Personalbedarfs in einer Einrichtung zu schaffen.

Der erforderliche Ausbau von Ausbildungsplätzen wird ohne die Bereitschaft zu Investitionen von Bund und Ländern nicht möglich sein. Zudem sollte in allen Bundesländern eine Ausbildungsumlage nach § 25 des Altenpflegegesetzes eingeführt werden. Nur so beteiligen sich Leistungserbringer, die nicht praktisch ausbilden, angemessen an den Ausbildungskosten. Die Kosten für die Umschulung/Weiterbildung zur Pflegekraft sollten vorerst in vollem Umfang von der Bundesagentur für Arbeit übernommen werden. Langfristig sind auch hier die Einrichtungen und Dienste sowie die Bundesländer in der Verantwortung, sich an diesen Kosten zu beteiligen.

Es ist dringend erforderlich, neue Ausbildungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten anzubieten und damit auch Quereinstiege zu ermöglichen. Alle, die Interesse am Pflegeberuf zeigen, müssen die Möglichkeit erhalten, einen Einstieg in das Berufsbildungssystem zu erhalten und sich weiterzuqualifizieren. Darüber hinaus muss auch intensiv an der Erhaltung des Fachkräftepotenzials gearbeitet werden. Die von den Pflegenden genannten Belastungsfaktoren, wie bspw. die Überlastung durch Bürokratie etwa im Rahmen der Qualitätsprüfungen durch Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und Heimaufsicht, müssen ernstgenommen und aktiv bearbeitet werden. Zum Abbau von Bürokratie gibt es viele Empfehlungen, bspw. des Runden Tisches Pflege von 2005. Auch der Nationale Normenkontrollrat sowie die seit Juni 2011 tätige unabhängige Ombudsfrau zur Entbürokratisierung in der Pflege im Bundesministerium für Gesundheit arbeiten an entsprechenden Empfehlungen. Diese müssen nun dringend zusammengeführt und zügig verbindlich umgesetzt werden.

Um den Pflegeberuf attraktiver auszugestalten, muss ein intensiver Austausch zwischen Arbeitgebern, Arbeitnehmervertretungen/Berufsverbänden sowie mit Bund und Land über die Verbesserung der Arbeitsbedingungen gepflegt werden. Dabei gilt es auch im Sinne des „Best-Practise“-Ansatzes gegenseitig von Beispielen guter Praxis zu lernen. Es gilt zu analysieren, welcher Voraussetzungen es auf der Seite der Einrichtungen bedarf, um gute Arbeitsbedingungen, eine gute Arbeitsorganisation, eine gelingende Motivation der Beschäftigten, geringe Fluktuation, ein angemessenes Gehaltsgefüge etc. zu verwirklichen. Der Bund sollte dies mit Modellprojekten zur Erprobung neuer Formen der Arbeitsorganisation und Kooperation unterstützen. Zur Stärkung der Bemühungen zur Gesunderhaltung pflegerischen Potenzials muss zudem im Rahmen eines Präventionsgesetzes die betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V gestärkt werden (vgl. Antrag „Gesetzliche Grundlage für Prävention und Gesundheitsförderung schaffen – Gesamtkonzept für nationale Strategie vorlegen“, Bundestagsdrucksache 17/5529).

Überdies sollte die starke Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung eingedämmt werden. Nach einer Studie der Universität Hannover im Auftrag des Deutschen Pflegerats ist der Hauptgrund hierfür die Personalpolitik vieler Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Hier werden häufig nur noch Teilzeitstellen angeboten, weil dies kostensparender und das Personal flexibler einsetzbar sei. Die gesetzgeberischen Möglichkeiten, um eine angemessene Entlohnung von Pflegekräften zu gewährleisten, müssen erhalten, nicht geschwächt werden. Ein Mindestlohn ist kein Normlohn. Daher sind die mit dem PNG geplante Entkoppelung der Zulassung einer Pflegeeinrichtung von der Zahlung einer „ortsüblichen Vergütung“ und die stattdessen vorgesehene Bindung an den Pflegemindestlohn nach § 72 Absatz 3 SGB XI zu unterlassen. Es wäre darüber hinaus wünschenswert, wenn sich die Kommission zur Festsetzung von Arbeitsbedingungen in der

Pflegebranche (Pflegekommission) nach Ablauf der derzeitigen Mindestlohnregelung im Jahr 2014 auf die Angleichung des Pflegemindestlohns Ost an das Mindestlohnniveau West verständigen könnte, um gleichwertigen Lohn- und Lebensbedingungen in Ost und West näherzukommen.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333